

Unterstützungsvertrag

Für die eheähnliche Lebensgemeinschaft zwischen der versicherten Person

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Vertrags-Nr.: | Geburtsdatum: |
| Name: | Strasse: |
| Vorname: | PLZ: |
| AHV-Nr. (13-stellig): | Ort: |
| Zivilstand: | Geschlecht: w m |

Und dem Lebenspartner / der Lebenspartnerin

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Name: | Strasse: |
| Vorname: | PLZ: |
| AHV-Nr. (13-stellig): | Ort: |
| Zivilstand: | Geschlecht: w m |
| Geburtsdatum: | |

Der Unterstützungsvertrag dient dazu, mögliche Hinterbliebenenansprüche einer vorsorgeversicherten oder rentenberechtigten Person gemäss Art. 17 des Vorsorgereglements zu Gunsten überlebender unverheirateter Lebenspartner (geschlechtsneutral) zu wahren.

Die Parteien haben die nachfolgend festgehaltenen Bedingungen, die Bestandteil dieses Vertrags sind, betreffend den Anspruch unverheirateter Lebenspartner auf Leistungen gemäss Art. 17 des Vorsorgereglements zur Kenntnis genommen und anerkennen die darin festgelegten Bedingungen ausdrücklich.

Die Parteien bestätigen, dass:

- die obenstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und beide Parteien unverheiratet sind
- zwischen ihnen keine Verwandtschaft gemäss Art. 95 ZGB besteht
- kein Anspruch auf Hinterlassenenleistungen aus der beruflichen Vorsorge besteht (der überlebende Lebenspartner bezieht keine Ehegatten- oder Lebenspartnerrente aus einer vorhergehenden Ehe- oder Lebensgemeinschaft)

und dass (alternativ, zutreffendes ankreuzen, es können mehrere Aussagen angekreuzt werden)

sie sich gegenseitig erheblich unterstützen und die versicherte Person die Kosten des gemeinsamen Haushalts mindestens zur Hälfte trägt bzw. bis zum Tod getragen hat

sie seit (Datum) _____ ununterbrochen als Lebenspartner eine Lebensgemeinschaft führen (Bedingung 5 Jahre)

Vertrags-Nr.:

Name:

Vorname:

Wichtig

Die Parteien sind bezüglich Einhaltung allfälliger erbrechtlicher Pflichtteile und deren abweichende Regelung selbst verantwortlich.

Dieser Vertrag gilt bis auf Widerruf der Vertragsparteien. Das unterzeichnete Original dieses Vertrages ist der VSM-Sammelstiftung einzureichen, spätestens jedoch innert 30 Tagen nach dem Tod der versicherten Person. Zusätzlich sind die weiteren benötigten Dokumente (vgl. nachfolgend) einzureichen. Trifft der Vertrag bei der VSM-Sammelstiftung verspätet ein, erlischt die Anspruchsberechtigung und es können keine Rentenzahlungen an den Lebenspartner/die Lebenspartnerin erfolgen. Der mögliche Anspruch auf das Todesfallkapital wird durch den Verlust der Anspruchsberechtigung auf die Lebenspartnerrente nicht berührt.

Es wird empfohlen, den Unterstützungsvertrag sofort nach der Unterzeichnung an die VSM-Stiftung einzureichen. Falls die Lebenspartnerschaft beendet wird, ist der Unterstützungsvertrag durch die versicherte Person zu widerrufen.

Bei Verheiratung erlischt der Anspruch auf die Lebenspartnerrente.

Zum Nachweis des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen verlangt die VSM-Stiftung unter anderem:

- Den durch die Lebenspartner unterzeichneten Unterstützungsvertrag (es kann sich bei Vorhandensein von Erben empfehlen, die Unterschriften notariell beglaubigen zu lassen)
- Den Nachweis darüber, dass die Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Tod der versicherten Person eine Lebensgemeinschaft geführt haben (Bestätigung Wohngemeinde, Mietvertrag)
- Eine Bestätigung über den Zivilstand beider Lebenspartner
- Ehescheidungsurteil betreffend die versicherte Person (sofern zutreffend)
- Den Todesschein der versicherten Person

Die VSM-Stiftung kann weitere Dokumente und Informationen verlangen. Werden die verlangten Dokumente nicht eingereicht oder die verlangten Informationen nicht erteilt, kann die VSM-Stiftung die Auszahlung der Lebenspartnerrente verweigern.

Der Leistungsanspruch ist schriftlich unter Beilage der vorstehend erwähnten Dokumente bei der VSM-Sammelstiftung für Medizinalpersonen geltend zu machen. Der Leistungsanspruch wird durch die VSM-Stiftung erst nach dem Tod der versicherten Person und nach Eingang des Leistungsbegehrens geprüft. Der Nachweis der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen obliegt der Person, welche Leistungen beantragt.

Es gelten die Bestimmungen des Vorsorgereglements, diese gehen den Ausführungen in diesem Vertrag vor.

Ort, Datum _____

Unterschrift versicherte Person

Ort, Datum _____

Unterschrift Lebenspartner/Lebenspartnerin